ITEM 094 : RACHIALGIES

Rangs et informations priorisés comme suit si discordances : Fiche LiSA > Collèges (MPR > Rhumatologie)

CERVICALGIE

- **Cervicalgie** = douleur du rachis cervical :
  - **Cervicalgie commune** (majorité) : **détérioration dégénérative (cervicarthrose)** et/ou **troubles fonctionnels musculo-ligamentaires.**
  - **Cervicalgie symptomatique** d'une pathologie sous-jacente.
- **Prévalence** 2-11 %, environ 2/3 de la population concernée une fois dans sa vie.

CERVICALGIE COMMUNE DÉGÉNÉRATIVE

→ **Cervicarthrose anatomique** : > 50 % des individus > 40 ans ↗ avec l'âge, asymptomatique dans la majorité des cas.

Syndrome cervical	C	**Syndrome cervical chronique**	- **Douleurs de la nuque** pouvant irradier vers l'occiput, l'épaule, la région inter-scapulo-vertébrale ou latérocervicale, d'horaire **mécanique** (avec parfois une recrudescence nocturne), évoluant par poussées successives ± fond douloureux permanent. - **Points douloureux** à la palpation de la colonne cervicale et des muscles spinaux. - **Douleur** et **contracture** modérée de la **musculature paravertébrale** +/- attitude antalgique (délordose ou flexion latérale et rotation). - **Limitation des mobilités cervicales** (le plus souvent modérée). - **Craquements** à la mobilisation du cou.
		Cervicalgies posturales	- Adulte jeune, souvent chronique. - Contexte pro ou loisirs de contraintes posturales prolongées.
		Syndrome cervical aigu = Torticolis	- **Douleur et raideur cervicale de survenue brutale,** volontiers le matin au réveil. - **Raideur cervicale importante.** - **Contracture douloureuse de la musculature paravertébrale.**
		Origine discale	- Sujets les plus **jeunes** avec ATCD **traumatiques**. - **Tableau aigu** d'apparition brutale, horaire mécanique, très douloureux, raideur majeure, **impulsivité** à la toux. - Examen neuro normal et pas de drapeau rouge.
		Origine arthrosique	- Sujets les plus **âgés**. - Cause la plus **fréquente.** - Tableau torpide émaillé d'épisodes plus aigus.
		Origine post-traumatique	- Aussi appelée coup du lapin ou « whiplash » ou coup de fouet cervical : mouvement brutal de la tête vers l'avant puis l'arrière lors d'un choc arrière en voiture ou d'un plongeon. - Symptômes variables, évolution généralement favorable.
		« Drapeaux jaunes »	= Risque de chronicité par **facteurs psychosociaux :** - Problèmes émotionnels tels que la **dépression**, **l'anxiété**, le **stress**, une tendance à une **humeur dépressive** et le **retrait des activités sociales**. - **Attitudes et représentations inappropriées** par rapport au mal de dos. - **Comportements douloureux inappropriés**, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur. - **Problèmes liés au travail** (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou **problèmes liés à l'indemnisation** (rente, pension d'invalidité). - *En plus d'après collège de douleur/soins pal* : sciatalgie persistante, incapacité f^{telle} importante, âge > 45 ans, mauvais état de santé perçu.
		« Drapeaux bleus »	= Facteurs de pronostic liés aux **représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur.** - **Charge physique élevée de travail.** - **Forte demande au travail** et **faible contrôle sur le travail.** - **Manque de capacité à modifier son travail.** - **Manque de soutien social.** - **Pression** temporelle ressentie. - **Absence de satisfaction** au travail. - **Stress** au travail. - Faible espoir de **reprise du travail.** - Peur de la **rechute.**

			« Drapeaux noirs »	= Facteurs de pronostic liés à la **politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance** : - **Politique de l'employeur** empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste. - **Insécurité financière.** - **Critères du système de compensation.** - **Incitatifs financiers.** - **Manque de contact avec le milieu de travail.** - **Durée de l'arrêt maladie.**
		PC		**= Cervicalgie aiguë =** aucune imagerie si < 6 semaines sauf si : - **Drapeau rouge = IRM d'emblée + NFS/CRP.** - **Contexte d'entorse cervicale** : clichés dynamiques à distance (profil en flexion et extension) + charnière cervico-occipitale. = Cervicalgie chronique sans radiculalgie : **- Rx standard = face, profil** et **¾ droit** et **gauche** : **ostéophytose antérieure**, **discarthrose** (pincement discal), **uncarthrose** (arthrose intervertébrale), **arthrose interapophysaire postérieure** (déforme le trou de conjugaison), prédominant au rachis cervical moyen ou bas. - **IRM** : en 2e intention ou **1re intention si radiculalgie associée** : conflit radiculaire, étroitesse du canal médullaire, classification Modic. - Parfois complété de **clichés dynamiques** en cas d'antécédents traumatiques/entorse cervicale. ➝ Inutile en cas de simple torticolis ou de cervicalgies chroniques connues et déjà explorées (en absence de drapeau rouge).
	Autres			- **Névralgie cervico-brachiale.** - **Myélopathie cervico-arthrosique.**
	DD			- **Dissection** artères vertébrales postérieures chez adultes jeunes si douleur cervicale aiguë associée à des vertiges, nausées, céphalées.
	TTT	Cervicalgie aiguë		- **Repos, réassurance, antalgiques** (**paracétamol** = pas mieux que placebo, **AINS =** faible efficacité), pas de palier 3)**, AINS** si pas de CI. **- Immobilisation par collier cervical : non-indiquée** (ou limiter port à 2-3 jours selon MPR 2024). **- Kiné** non indiquée pour épisode aigu isolé.
		Cervicalgie chronique		- **Antalgiques** (niveau 1 ou 2, mais pas de palier 3), **AINS** (lors des poussées douloureuses). - **Psychotrope** en cas de drapeau noir en 2e intention. - **Repos relatif, proscrire immobilisation cervicale continue et prolongée.** - **Kinésithérapie ++** : **rééducation proprioceptive, de renforcement des muscles paravertébraux et d'adaptation posturale.** - Recherche et correction d'**attitudes prolongées peu ergonomiques** : tête penchée en avant, membres supérieurs en suspension… - **Manipulations** en cas de contracture musculaire rebelle.
		Autres formes		- Névralgie cervico-brachiale ou myélopathie cervico-arthrosique : **traitement chirurgical.**
CERVICALGIE SYMPTOMATIQUE	➝ Rare (< 1 %), potentiellement grave, à rechercher systématiquement.			
	DRAPEAUX ROUGES			= En faveur d'une origine **secondaire** *(et valable pour **toute rachialgie**, pas que cervicalgie) :* - Début **insidieux**, progressivement croissant. - Rythme **inflammatoire** (au repos et en particulier la nuit). - Symptômes neurologiques étendus (ex : anomalie sphinctérienne, anomalie motrice des membres, sd de la queue de cheval…) - Paresthésies au niveau du pubis. - Localisation **thoracique (rachialgies dorsales),** déformation structurale de la colonne. - Âge d'apparition inférieur à **20 ans** ou supérieur à **55 ans**. - Douleurs **intenses rebelles**, raideur globale. - Localisations **multiples, atypiques.** - ATCD/contexte **tumoral, infectieux, rhumatismal ou post-traumatique.** **- Immunodépression,** CTC, toxicomanie, antécédent de cancer. **- Fièvre, ADP, sueurs nocturnes, AEG, perte poids** inexpliquée.
	Étiologies			- Tumorale : **métastase**, **localisation myélomateuse, tumeur primitive vertébrale.** - Infectieuse : **spondylodiscite.** - Inflammatoire : **spondylarthropathie**, **polyarthrite rhumatoïde**, **chondrocalcinose**, rhumatisme à apatite. - Neuro : **tumeur intrarachidienne** ou **de la fosse postérieure.** - Post-traumatique : **fracture**, **luxation** (➝ **clichés Rx dynamiques** à distance). - **Douleurs référées** d'origine ORL ou cervicale antérieur.

	CAT	- Tableau clinique et radiographique typique : douleur mécanique, absence de fièvre, d'AEG, d'ADP, radiographie normale ou cervicarthrose isolée → **arrêt du bilan étiologique.** - Discordance radio-clinique ou doute diagnostique : **VS, CRP, EPP, calcémie, IRM du rachis +/- scintigraphie osseuse** en cas de douleurs diffuses.

DORSALGIE

Prévalence 5-10 % (moindre que cervicalgies et lombalgies).

DG	C	Examen du rachis	- **Statique** du rachis thoracique et de l'ensemble du squelette axial. - **Souplesse rachidienne** en flexion et en extension (rachis thoracique : secteur le moins mobile), mesure de l'ampliation thoracique. - **Points douloureux** à la palpation médiane (épineuse et interépineuse) et paravertébrale.
			- Examen général : pleuropulmonaire, cardiovasculaire, abdominal, fosses lombaires. - Examen neurologique : recherche de bande d'hypoesthésie, de syndrome lésionnel et sous-lésionnel.
	PC		- En 1re intention = systématique devant toute dorsalgie : **Rx face et profil du rachis thoracique debout.** - Au moindre doute et selon le contexte : **VS/CRP, NFS, EPP, RP, ECG, EOGD, scintigraphie, scanner, IRM**…
DORSALGIE SECONDAIRE NON MÉCANIQUE	→ à évoquer systématiquement, notamment en cas de dorsalgie aiguë : **Rx du rachis thoracique** systématique.		
	DD = Pathologie non rachidienne		- Cardiovasculaire : **insuffisance coronaire** (angor, IDM), **péricardite**, **anévrisme de l'aorte thoracique.** - Pleuropulmonaire : **cancer bronchique, pleurésie** infectieuse ou néoplasique**, tumeur médiastinale.** - Digestive : **ulcère gastrique** ou **duodénal, affection hépatobiliaire, œsophagite, pancréatite, gastrite, cancer gastrique, de l'œsophage** ou **du pancréas.**
	Affection rachidienne		- **Spondylarthropathie** (à évoquer en premier lieu). - **Spondylodiscite infectieuse.** - **Fracture ostéoporotique.** - Tumeur intrarachidienne : **neurinome, épendymome, méningiome**… - Tumeur maligne : **métastase, myélome.** - Tumeur bénigne : **ostéoblastome, angiome vertébral, ostéome ostéoïde**… - **Maladie de Paget.**
DORSALGIE MÉCANIQUE	**Étiologies**		- **Scoliose** : souvent asymptomatique, lésions dégénératives avec le vieillissement. - **Maladie de Scheuermann** : épiphysite de croissance à l'adolescence, souvent asymptomatique. Risque de dégénérescences discales ultérieures. - **Cyphose sénile de Schmorl** : maladie de Scheuermann compliqué d'arthrose vertébrale. - **Hernie discale** : rare, asymptomatique ou syndrome lésionnel et sous-lésionnel. - **Arthrose** costovertébrale et zygapophysaire : favorisée par les troubles de la statique vertébrale, souvent asymptomatique. - **Dorsalgies « fonctionnelles » :** localisation atypique de ce type de douleurs.
	TTT		= Réassurance et traitement **symptomatique** avec : - Antalgiques de palier 1 voire 2, pas de palier 3. - AINS : en l'absence de contre-indication. - kinésithérapie : non-indiquée pour un épisode aigu isolé. - **Infiltrations ciblées** (risques +++ au niveau dorsal, pas en phase aiguë).

LOMBALGIE

- **Prévalence 25-33 %** avec incidence entre 60 et 90 %.
- Première cause de vie vécue en situation de handicap.

DG	SF	- **Douleur** : siège (lombaire basse, lombofessière), irradiations (fesse, face postérieure de la cuisse, membre inférieur, fosse iliaque, hypogastrique, pli inguinal), rythme mécanique ou inflammatoire (possible en cas de lombalgies communes en période aiguë). - **Impulsivité** à la toux ou à la défécation (origine discale). - **Lombalgie commune** : ↗ par le port de charge, l'effort, la station debout ou assise prolongée ↘ par le repos. **NB** important : les lombalgies et les lombo-sciatalgies chroniques (traitées dans un autre item) ont des physiopathologies et traitements **identiques.**
	SC	- **Trouble de la statique sagittal** (hyperlordose lombaire) ou **frontal** (scoliose). - **Mobilité** du rachis articulaire, **contracture** musculaire paravertébrale, **points douloureux.** - Recherche de **signes de souffrance radiculaire ou d'une atteinte de la queue de cheval,** d'un **syndrome cellulomyalgique**, de signes de **souffrance articulaire sacro-iliaque** et **coxo-fémorale.**

<table>
<tr><td rowspan="2">ÉVALUATION</td><td>PC</td><td colspan="2">- Rx standard : statique rachidienne, dégénérescence discale, anomalies morphologiques congénitales ou acquises : ne sont plus recommandées isolément par la HAS (2019).
- IRM : En 1re intention, mais seulement après 3 mois d'évolution et en cas de persistance des symptômes, avec la classification Modic des discopathies érosives :
• Type 1 : Hyposignal T1 et Hypersignal T2 → Œdème.
• Type 2 : Hypersignal T1 et Hypersignal T2 → Involution graisseuse.
• Type 3 : Hyposignal T1 et Hyposignal T2 → Ostéosclérose.</td></tr>
<tr><td>CIF</td><td colspan="2">Classification internationale du fonctionnement évalue sur 4 dimensions :
- Déficience : douleur (EVA), atrophie musculaire, Lasègue, questionnaire DN4 si douleur neuropathique.
- Incapacité : tb de la marche, qstaire Roland Morris ou Oswestry pour lombalgie, Québec pour lomboradiculalgie.
- Handicap : désavantage social, professionnel, qstaire de handicap prioritaire, retour au travail.
- Qualité de vie : questionnaire de Dallas, générique SF36.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">LOMBALGIE COMMUNE = DÉGÉNÉRATIVE</td><td colspan="3">= Extrêmement fréquente = 70 % de la population adulte, prévalence maximale entre 50 et 65 ans, affection la plus invalidante au monde, 2e motif de consultation en médecine générale, 19 % des arrêts de travail.
- FdR : efforts répétés, antécédents de traumatisme, antécédents familiaux, tabagisme, sédentarité, surpoids, troubles de la statique rachidienne.</td></tr>
<tr><td>Origine discale</td><td colspan="2">- Âge 25-50 ans.
- Facteur déclenchant, ATCD similaire.
- Lombalgie médiane, mécanique, impulsive.
- Contracture musculaire avec attitude antalgique.
- Risque de radiculalgie ou de compression de la queue de cheval (rare).</td></tr>
<tr><td>Origine arthrosique</td><td colspan="2">- Âge > 50 ans.
- Lombalgie médiane ou unilatérale, améliorée par l'antéflexion, hyperesthésie au « palper-rouler ».
- Douleurs référées, sans trajet précis.
- Facteurs favorisants : hyperlordose, surpoids, syndrome trophostatique, scoliose, instabilité discovertébrale.
- Risque rare de radiculalgie ou de canal rachidien rétréci.</td></tr>
<tr><td>Autres</td><td colspan="2">- Canal lombaire rétréci ou canal lombaire étroit : > 60 ans, douleurs projetées ++ (fesses, cuisse…), parfois claudicantes, clinique quasi normale en dehors du signe du Caddie (antéflexion spontanée debout), à différentier du canal lombaire étroit (constitutionnel : patients plus jeunes, lombalgie au second plan).
- Arthrose inter-apophysaire postérieure : > 65 ans, soulagé par décubitus, pas de majoration des douleurs en flexion ni extension.
- Lyse isthmique (paroxysmes douloureux aux chgts de position), sténose foraminale…
- Trouble de la statique rachidienne, instabilité rachidienne (également paroxysmes douloureux aux chgts de position).
- Lombalgie post opératoire (apparition après une chirurgie du rachis, tendance à la chronicisation, douleurs neuropathiques essentiellement donc ttt médicamenteux orienté pour DN = antidep/anti-épileptiques/TENS, non due à la fibrose qui est un tissu cicatriciel banal visible à l'imagerie, ne surtout pas réopérer, contexte psycho-social difficile ++).</td></tr>
<tr><td>Lumbago</td><td colspan="2">= Lombalgie aiguë < 6 semaines : tableau le plus fréquent.</td></tr>
<tr><td>SF</td><td>- Douleur lombaire basse, survenant de façon brutale lors d'un effort, avec sensation de blocage.
- Impotence fonctionnelle majeure.
- Efforts de toux et de défécation souvent à l'origine de paroxysmes douloureux.
- Antécédents lombalgiques banals, régressifs, peu invalidants.</td></tr>
<tr><td>SC</td><td>- Attitude antalgique.
- Limitation des mobilités importante, élective ou largement prédominante dans 1 ou 2 secteurs.
- Recherche de signes d'irritation radiculaire et de déficit neurologique des MI ou périnéaux.</td></tr>
<tr><td>PC</td><td>➞ Aucun bilan complémentaire en 1re intention devant une lombalgie < 6 semaines sauf si :
- Drapeau rouge = IRM d'emblée + NFS/CRP.
- Suspicion de fracture vertébrale = ostéoporose, FdR ostéoporotique, sujet âgé : Rx + TDM/IRM.
- Avant TTT par manipulation vertébrale : éliminer formellement toute lombalgie symptomatique.
➞ Il est donc maintenant recommandé de réaliser une IRM (ou un TDM à défaut) en première intention : les radiographies seules ne sont plus recommandées.</td></tr>
</table>

CODEX.:, S-ECN.COM

		TTT	→ Évolution dans la majorité des cas vers la régression en quelques jours : **rassurer** ++. - **Éducation thérapeutique** pour prévenir le passage à la chronicité. - **Repos actif** : essayer de poursuivre les activités ordinaires compatibles avec la douleur, expliquer que l'activité physique = principal traitement permettant évolution favorable (HAS 2019). - TTT médicamenteux symptomatique : **antalgique** (**paracétamol** = pas mieux que placebo, **AINS =** faible efficacité), Paliers 3 non recommandés. - Ceinture de maintien lombaire possible (n'entraine pas d'amyotrophie en raison du rôle antigravitaire des muscles érecteurs du rachis). - Non recommandés ou pas de preuve d'efficacité : myorelaxants, nefopam, cortico. **- À proscrire =** repos au lit strict, arrêt de travail prolongé. → Cs de suivi à 2-4 semaines (et à 6-12 semaines si FdR de passage à chronicité). → La kinésithérapie n'a pas de place pour un épisode aigu isolé : mais indiquée en cas de douleur persistante **> 6 semaines ou chez les patients à risque de passage à la chronicité.**
	Lombalgie commune chronique	= Persistance de **douleurs lombaires invalidantes > 3 mois** : rare = **10 %** des cas, invalidante. - Généralement chez des sujets aux antécédents de lumbago à répétition, parfois inaugurale. - On parle de lombalgie subaiguë entre 6 semaines et 3 mois.	
		C	- **Douleur lombaire basse**, de rythme mécanique, entravant peu les activités, irradiant souvent dans les **fesses**, parfois à la **partie postérieure des cuisses** (sans topographie radiculaire). - **Limitation modérée des mobilités**, souvent élective, **points douloureux** électifs à la palpation.
		PC	**- IRM** en première intention (peut montrer un hyper signal discovertébral, classification Modic 1, seul signe d'imagerie corrélé aux douleurs). **- +/-** complétée par **Rx standards du rachis lombaire** (face et profil) **et du bassin de face** (ne sont plus recommandées isolément) si tb de la statique ou recherche d'instabilité : lésions d'arthrose lombaire, parfois discrète (sans parallélisme radio-clinique), rarement normales.
		Évolut°	- **Évolution favorable** dans la grande majorité des cas, sans invalidité marquée. - **Handicap sévère** dans les professions nécessitant une sollicitation importante du rachis. NB : on parle de ***« lombalgie complexe ou compliquée »*** non pas pour parler de celles 2^{ndaires,} mais pour parler des causes complexes des lombalgies communes chroniques.
		TTT	= Éducation thérapeutique au premier plan. - But = réduction de la douleur, amélioration ft^{elle} et du handicap, réinsertion pro et sociale. - **Repos** limité et non inutilement poursuivi, poursuivre activité physique/pro/sociale si possible. - TTT médicamenteux : **antalgique de palier I ou II** (opioïdes au long cours contre-indiqués), **AINS** en phase aiguë. **- Kinésithérapie de rééducation** essentielle et **active** en limitant le passif ++ (série initiale de 15 séances) : **gymnastique** de **renforcement des muscles du tronc** et **du segment lombo-pelvien**, **étirements des muscles sous-pelviens (psoas, ischio, quadriceps)**, **entretien articulaire lombaire**, **correction des troubles statiques** (techniques d'adaptation posturale), techniques d'**ergonomie rachidienne** (verrouillage de la charnière lombo-sacrée…) et autorééducation. - **Si douleur neuropathique associée** : anti-dépresseurs tricycliques, IRSNA, gabapentinoïdes et neurostimulation électrique transcutanée (TENS) possibles. - **Infiltrations cortisoniques** au niveau zygapophysaire en poussée inflammatoire arthrosique ou si radiculalgie associée (et en 2^{e} intention), mais peu utile sur lombalgie chronique isolée, thermocoagulation voire infiltrations cortisoniques intradiscales (stade Modic 1). - **Correction d'un trouble statique** (mais pas d'intérêt de corset si pas de scoliose par ex). - Éducation à la neurophysiologie de la douleur et interventions psychologiques actives type TCC **- Programme de restauration fonctionnelle du rachis** (en **3^{e}** intention, équipe pluridisciplinaire constituée de MPR, Rhumatologue, Kiné, APA…) : nécessite un bilan pré-rééducation (raideur musculaire, Schober, syndrome de déconditionnement à l'effort, échelles FABQ, Québec, qualité de vie…) pour PeC de groupe de patients lombalgiques en hospit avec séances collectives. **- Chirurgie** (exceptionnelle, résultats inconstants) : **arthrodèse intervertébrale, prothèse discale.**
		Arrêt de travail	- Sédentaire : **1 jour** - Travail physique léger : **3 jours** (Charge ponctuelle < 10 kg, Charge répétée < 5 kg) - Travail physique modéré : **14 jours** (Charge ponctuelle < 25 kg, Charge répétée < 10 kg) - Travail physique lourd : **35 jours** (Charge > 25 kg) NB : En France : 20 % des AT sur lombalgies, et 30 % des AT > 6 mois.

LOMBALGIE SYMPTOMATIQUE = NON DÉGÉNÉRATIVE	= Rare (< 1 %), à évoquer systématiquement, notamment si : - Début progressif, insidieux, sans facteur déclenchant. - Atypies topographiques de la douleur : lombaire haute ou caractère étendu. - Rythme atypique des douleurs : nocturnes ou en 2e partie de la nuit. - Intensité, ténacité des douleurs ou aggravation progressive. - Absence d'antécédents de lombalgie (surtout chez le sujet âgé). - Raideur globale et intense du rachis lombaire à l'examen clinique. - Contexte : antécédent suspect, asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre, lésions cutanées, tumorales…	
	PC	- **Rx standard**, **IRM** en 2e intention. - **VS/CRP, EPP, calcémie.** - **Scintigraphie osseuse** en cas de douleurs diffuses.
	Tumeur maligne : myélome, MT	- **Rx** : **fracture vertébrale** (« tassement vertébral »), **ostéolyse** (« vertèbre borgne » : disparition d'un pédicule sur le cliché de face), **déminéralisation diffuse** (forme décalcifiante diffuse du myélome), **ostéocondensation vertébrale**, ou possiblement normales. - **IRM** : confirmation des lésions, localisation, rapports avec les tissus adjacents. - **Biopsie dirigée** si diagnostic non certain, **biopsie chirurgicale** en cas de tumeur intrarachidienne.
	Tumeur bénigne	**- Ostéome ostéoïde** : douleurs intenses, volontiers nocturnes, évoluant par crises de quelques heures, soulagées par l'aspirine ou les AINS, image d'ostéocondensation intense centrée par une zone claire renfermant un îlot dense (image « en cocarde » du nidus), hyperfixation intense à la scintigraphie. - Autres (plus rare) : **neurinome, méningiome, angiome vertébral** (dégénérescence graisseuse associée et rassurante).
	Infectieuse	**- Spondylodiscite**, ou plus rarement **spondylite pure.**
	Rhumatisme	**- Spondylarthropathie, CCA ou rhumatisme à apatite.**
	Ostéopathie déminéralisante	= **Ostéoporose**, **ostéomalacie** ou autre ostéopathie fragilisante. **- Fractures vertébrales** (« tassements vertébraux ») : cause la plus fréquente, fracture du sacrum.
	Cause extrarachidienne	**- Anévrisme de l'aorte abdominale** : lombalgie aiguë très intense (fissuration) ou lombalgie chronique, irradiations abdomino-génito-crurales, par paroxysmes, rythme inflammatoire (syndromes fissuraires). - Pathologie urinaire = **lithiase rénale chronique, hydronéphrose, tumeur rénale** : lombalgie haute, souvent latéralisée (angle costo-lombaire), irradiant dans le flanc, voire aux OGE. - Pathologie digestive : **tumeur digestive** (gastrique, colorectale, pancréatique), **pancréatite chronique.** - **Tumeur pelvienne, ADP prérachidienne, fibrose rétropéritonéale** *(attention : différent de la fibrose post op des lombalgies post op ++).*
SACRALGIE	Diagnostic positif	- Douleur localisée en regard du **sacrum**, pouvant **irradier vers les fesses** et la face postérieure de cuisses. - Reproduite à la palpation/mobilisation du sacrum ou des sacro-iliaques (**tests des sacro-iliaques**). - **Gêne fonctionnelle** : marche, station assise. - Rechercher des signes de **gravité** (drapeaux rouges) : signes généraux, syndrome inflammatoire, antécédents de traumatisme ou d'ostéopathie fragilisante. - **Évolution** aiguë ou chronique. - **DD** : coccygodynies, lombalgies avec irradiation sacrée.
	Diagnostic étiologique et paraclinique	- Rechercher un **traumatisme du bassin.** - **Radiographies** du bassin de face et cliché de de **Sèze** : recherche d'une arthrose lombo-sacrée et sacro-iliaque ou de signes de sacro-iliite. - Discuter un **scanner du bassin ou scintigraphie** osseuse en cas de suspicion de fracture du sacrum (sacralgie d'apparition brutale chez le sujet âgé et/ou ayant une ostéopathie fragilisante, même sans facteur traumatique). - Discuter une **IRM du bassin** en cas de suspicion de rhumatisme inflammatoire ou autre cause secondaire. - **Cause extra-rachidienne** : constipation, anomalie pelvienne.
COCCYGODYNIE	Diagnostic positif et orientation	- Douleur localisée à l'aire coccygienne, **sans irradiation** significative. - Reproduite à la **palpation/mobilisation** du coccyx ou sacro-coccygienne. - Exacerbée à la **station assise** et/ou au relever de la station assise. - Gêne fonctionnelle : station assise (en voiture, au travail…) - **Évolution** aiguë ou chronique. => **Orientation étiologique :** douleur au relever du siège > suspect de subluxation et/ou fracture. => **DD** : douleurs sacro-iliaques, anales (douleur anale), lombaires avec irradiation coccygienne, névralgie pudendale (douleur pelvienne, douleur testiculaire).
	Facteur déclenchant	- **Traumatisme** : délai très court entre traumatisme et douleur = responsabilité certaine ; délai < 1 mois. = Responsabilité très probable ; délai > 3 mois, responsabilité improbable. - **Obésité/grossesse** = facteur de risque de **subluxation.**

CODEX.:, S-ECN.COM